

視覚障害を持つ高齢者の生活援助と指導について

著者	徳田 克己
雑誌名	視覚障害心理・教育研究
巻	8
号	1
ページ	37-44
発行年	1991-12-11
その他のタイトル	Livelihood Assistance and Instruction for Aged Persons with Visual Impairments
URL	http://hdl.handle.net/2241/00124835

視覚障害を持つ高齢者の生活援助と指導について

筑波大学 徳田 克己

1990年6月にいわゆる福祉八法（老人福祉法，身体障害者福祉法，精神薄弱者福祉法，児童福祉法，母子及び寡婦福祉法，社会福祉事業法，老人保健法，社会福祉・医療事業団法）の改正が成立した。これは超高齢化社会に対応すべく，老人福祉関係の改正にウェイトがおかれたものであった。全体的な改正点の最大の特徴は，在宅福祉サービスの位置付けの明確化であり，具体的にはホームヘルパー，ショートステイ，デイ・サービスなどの在宅福祉サービスを「居住生活支援事業」として法定化している点である（従来も「家庭奉仕員派遣事業」は存在したが，その他は法制的に明確な位置付けがなく予算措置で実施されてきた）。この改正を受けて，これまでそのニーズに応じた生活援助や指導をほとんど受けることがなかった在宅している視覚障害高齢者に対して，多様な対応が可能となってきた。本稿では視覚障害高齢者の生活指導のポイントと盲老人ホームでの生活援助の実態を述べ，それをふまえて在宅視覚障害高齢者に対する生活援助，生活指導，学習の場の提供について考察をしてみたい。

1 視覚障害を持つ高齢者の実態

1990年の人口動態統計の結果（推計）では，2019年には65歳以上の高齢者人口の総人口に対する割合が25%を越え，高齢者の比率がほぼ「4人に1人」になる。また高齢化の速度という点からみても，わが国は諸外国に比べて，かなり急速に「超高齢化社会」に変貌しつつある。それに伴い，ハンディキャップを負う高齢者の数が急激に増え，「障害を負う人の問題は，まさに高齢者の問題である」とさえ言われるようになってきた。

特に視覚は高齢になると共に大きく機能低下を起こす代表的な器官である。加齢と視力の関係を調べた赤松(1986)は老人ホームに入所している老人の約60%が矯正視力0.5以下であることを確認しており，また視力の悪くなったまま放置されている老人は記憶力の低下が著しく，読書や表字能力が年齢とともに急速に落ちることを経験的に指摘している。徳田・佐藤(1991)は，12歳から88歳までの148名を対象に，加齢と読書能力および視覚的認知能力の関係を調べ，加齢にともなって読書能力と視覚的認知能力は共に大きく低下することを確認し（図1，図2），加えてそれらの能

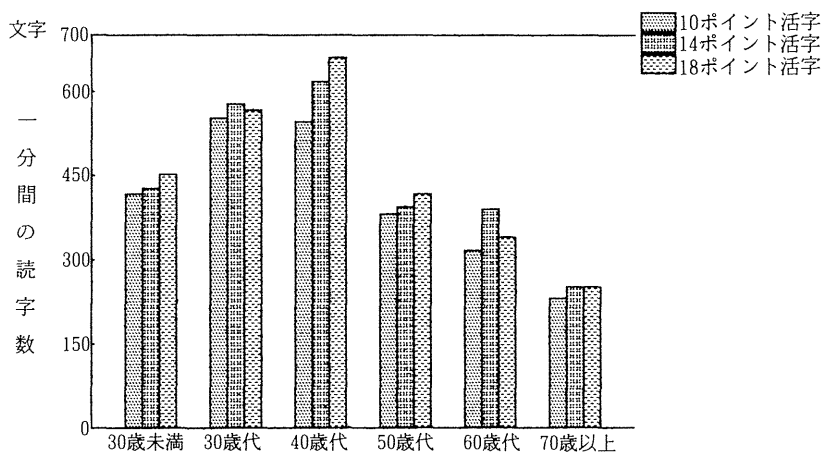


図1. 年齢区分と活字の大きさによる読速度

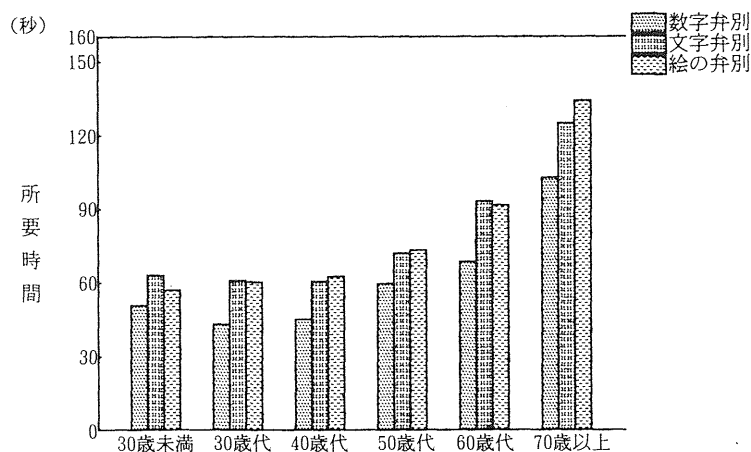


図2. 年齢区分による3種類の視覚的認知課題に要した時間

力に対する白内障および老視の影響が大きいことを示唆している。

また高齢になると、白内障、網膜色素変性症、糖尿病性網膜炎、緑内障などの疾患による著しい視力低下の危険性が出てくる。実際に、老齢期にある視覚障害者のほとんどは、高齢になってからの疾患や不慮の事故で失明あるいは視力低下した人たちである。視覚障害を負った場合、リハビリテーション訓練を受けることが必要となるが、高齢者では一般に職業的自立や社会復帰を必要としないため、リハビリテーションセンターなどで訓練を受けることはほとんどない。また盲老人ホームにおいては、日常生活動作やレクリエーションの指導が中心となる。

視覚障害者の中で、60歳以上の人の占める割合は、表1に示したように、厚生省が実態調査を行うたびに増加している。1987年の時点では、視覚障害者の65.5%が60歳以上であり、さらに65歳以上は164,000人(53.3%)と半数以上であった。全盲である1級(障害等級)についてみると、65

歳以上の高齢者は55,900人であり、全視覚障害者の約2割が65歳以上の失明老人であるということになる。

視覚障害を持つ高齢者は、在宅者が大部分であり、一部が盲老人ホームあるいは一般の老人ホームに入所している。視覚障害高齢者は体力的な問題などから、リハビリテーション施設に入所するケースはほとんどない。大まかにみると60歳以上の視覚障害者201,000人のうち、盲老人ホームを含む施設入所者が約1万人、在宅者が約19万人である。

盲老人ホームは現行の老人福祉法によって法的に規定されているものではないが、痴呆専門の老人ホームや小規模特別養護老人ホームのように、老人ホーム入所者の特性に応じた専門化・細分化の流れの中で現れた老人ホームのひとつである。一般の老人ホームの体系と同様に、養護盲老人ホームと特別養護盲老人ホームの2つがある(軽費老人ホームに当たるものはない)。1961年に盲老人ホームが奈良県に最初に誕生し、その後、全

表1 視覚障害老人人口の推移

年 次	視覚障害者数(A)	60歳以上の視覚障害老人	
		人数(B)	割合(B/A×100)
1951(昭26)	126,564	34,000	27.0
1955(〃30)	179,000	69,000	38.5
1960(〃35)	220,000	102,000	46.5
1965(〃40)	234,000	127,000	54.3
1970(〃45)	250,000	144,000	57.6
1980(〃55)	336,000	206,000	61.3
1987(〃62)	307,000	201,000	65.5

注) 視覚障害者は満18歳以上の在宅者を示す。

割合の数値は%(百分率)を示す。

資料) 各年とも厚生省社会局「身体障害者実態調査」による。

国的に設置されている。1991年4月1日の時点において、養護盲老人ホームが47（定員2,789名）、特別養護老人ホームが16（定員1,060名）あるが、まだ盲老人ホームを設置していない県が全国に8つあり、早期の設置が望まれている（未設置の県のうち、いくつかの県において設置の動きがある）。

一般の老人ホームには、1986年10月1日の時点で推計6,849名の視覚障害を負った高齢者が入所しており、1施設あたりの視覚障害高齢者の数は全国で平均2.4人、施設別にみると特別養護老人ホーム3.0人、養護老人ホーム1.8人、軽費老人ホーム0.5人であった（本間昭雄、1986）。

2 視覚障害高齢者の心身の状態と指導

視覚障害を負う高齢者の特性に関する研究は数少なく、またそれに関する一般の人の理解の程度も低いと言わざるを得ない。一般的には、高齢者の視覚機能が衰えるのは当然のことと本人が理解しており、また周りの人もそのように考えているために、たとえ高齢者に視覚障害の原因となる眼疾患が生じていても発見しづらいという現状がある。以下に、視覚障害高齢者の心身の状態と指導および環境設定などの点について述べる。

a 視覚障害高齢者を寝たきり老人にさせない

まず、視覚障害を負った高齢者に対する指導目標の第1に、寝たきりの状態にさせないことが挙げられる。視覚障害を負った高齢者を放置すると、視力低下→外出しなくなる→家の中の生活が中心になる→足腰が衰える→寝ていることが多くなる→一日中寝ているようになる→全面的な介護が必要になる、という連鎖で寝たきりの状態になることが多く、さらに特異なケースでは失明後に歩行訓練を受けないために移動に危険が伴うことから、転倒、骨折して、寝たきりの状態になる場合さえある（赤松、1986）。岩手県和賀郡沢内村でおこなわれた赤松の調査によって、寝たきりの状態になった老人の4人にひとりの割合で、失明したことが寝たきりの主な原因になっていることが確認された。竹内（1989）も、失明と寝たきりの状態が密接に関係していることを指摘しており、失明後3年から5年の間に寝たきりの状態になる盲老人が多いと述べている。

寝たきりの状態になることを防ぐには、盲老人に対するリハビリテーションの機会を確保し、日常生活の基本的動作能力や歩行能力を身につけさせ、①失明者自身が障害を受容し、訓練に対して、さらに生きることに対して、意欲を持つこと、②盲老人がリハビリテーション訓練を受けることができる機関を増やし、地域社会の中に位置づけること、③在宅盲老人においては家族が障害を理解し、過保護的な扱いをしないこと、④レクリエーション活動などを通して、失明者が楽しい時間を過ごせる生きがいのある時間を持たせることなどが前提となる。

盲老人ホームでは入所者に対する施設内処遇として、日常生活に必要な技能訓練からレクリエーション、自治会活動、結婚問題への対応といった内容まで取り扱い、入所者が生きがいと多少の緊張感を持って生活できるように配慮されている。しかし視覚障害高齢者の大部分を占めている在宅者では、専門的なサービスを受けることができないために寝たきり老人化する可能性が高く、何からの措置を講じなければならない。この点について、本間（1985）は盲老人ホームを地域に開放し、在宅の視覚障害者のための拠点として、地域サービスを行っていく必要があることを指摘している。

法の改正によって規定された在宅障害者デイ・サービス事業ではそれが可能である。この事業は地域で就労が困難な在宅障害者が、通所して創作活動や機能訓練などを行い、自立することと生きがいを高めることを目的にした事業である。具体的には、社会参加・交流活動、趣味・娯楽、レクリエーション、教養・文化活動、健康維持・健康増進活動、また種々の相談の受けつけや情報の提供、さらに専門的な社会適応訓練や機能回復訓練などを行う。実施主体は市町村であるが、事業の一部は社会福祉法人等に委託することができる。現時点において、その事業を全面的に既設の盲老人ホームが行うには人的問題、環境・施設の問題が残るが、早急に不足の点を補い、盲老人ホームが在宅盲老人の中央センター的役割を持つ必要がある。さらに地域にある各種の福祉センターがデイ・ホームとなって、中央センターと連携しながら、通所して来た在宅視覚障害高齢者に具体的な

サービスを提供すべきである。

東京都では平成3年度中に高齢者在宅サービスセンターを43か所に設置する予定であるが、これらのセンターが看板だけでなく実質的な意味においても、視覚障害高齢者に十分に対応できる内容を持ったデイ・ホームとなることを強く期待したい。

b 在宅視覚障害高齢者に対する家族の協力

在宅している視覚障害高齢者の多くは、家族から「見えないのだから何もできない」「何もなくていい」と思われがちであり、また本人に日常生活能力や歩行能力がないことが多いために、一日中部屋の中に閉じこもってテレビ・ラジオを相手に時間を過ごすことになる。トイレ以外は全て介助され、自分自身では「何もなくていい」というよりは「何もさせてもらえない」視覚障害者も多い。

鈴木(1989)は、中途失明者では食事・排泄・洗面等の身辺処理をはじめとする日常生活上の動作は失明直後から必要とされるものであり、またそれができないことによる失意も大きいので、まず最初に身辺処理動作の自立を促すべきであることを強調している。また、そのためには生活を共にする家族の理解と協力が不可欠であることを指摘している。確かに高齢になってから失明した人ほどその障害を受容することが困難であり、訓練意欲が出てこない場合が多いが、家族が「見えなくてもできることは多くある」ことに気づき、さらに「やればできる」「やらせなければならない」ことを理解し、その視点から失明者に対して根気よく接していけば、失明者自身が家庭生活の中で自立できるようになる。

しかし、失明者本人が自分の障害を受容することがむずかしいと同様に、家族がその障害を受容するのは困難であることが多い。家族の受容を妨げている要因に、世間一般のネガティブな視覚障害者観と世間体の問題がある。一般の人の視覚障害者を見る目は、その人の本来の人間像から大きく遊離したものであり、それゆえに拒否的な態度を示す人が多いことが河内(1990)および徳田(1990)によって指摘されている。視覚障害に対して肯定的な見方をしていない人は、自分の家族が視覚障害を負うことに耐えられず、失明した家族に

対して否定的になる場合がある。また世間体の問題とは、近所の目を気にして家族が失明者に「やらせない」ことである。「お嫁さんがいるのになぜひとりで歩くのか」「家族にやってもらえばいいじゃないか」という世間体を気にしすぎることから、家族が自立のための訓練に積極的でなくなる場合がしばしば見受けられる。

これは在宅視覚障害者が寝たきり老人化する最大の原因である。それゆえ寝たきり老人化予防のためには、視覚障害高齢者に対する指導や援助とともに、家族に対する指導が必要となる。しかし家族が積極的に盲老人ホームや福祉センターを訪ねて指導を受けることは期待できないため、家族に対する指導はホームヘルパーの業務内容とならざるをえない。現在の社会的な要請の高さから、自治体は痴呆性高齢者についての理解を深め、介護の技術が習得できるように家族に対する講習会の開催やテキストの配付、相談の受けつけなどが頻繁に行われているが、視覚障害に関してはほとんど対応されていない。したがって当面は、ホームヘルパーの数を充実させるとともに視覚障害に関する専門性を持ったホームヘルパーを養成することを第一に考え、個別に家族に対応していかななくてはならないであろう。

c 高齢者の失明予防

視覚障害高齢者の失明にいたる眼疾患についてみると、成人期以降に失明した場合では老化現象のひとつである老人性白内障、食生活の変化に伴って増加している糖尿病性網膜炎が中心である。

白内障は目の中にある水晶体が混濁する疾患であり、60歳代では7割以上の人に、また80歳以上ではほぼ100%の人に認められるといわれている。一般的には、手術をして濁った水晶体を摘出することによって視力を取り戻すことが可能である。近年、特に手術方法の改善がめざましく、昔であれば2週間程度入院していたものが、最近では入院を必要としない外来の手術さえ可能となっている。水晶体の代わりになる矯正方法として、眼鏡、コンタクトレンズ、人工水晶体がある。眼鏡はレンズが厚くなり、また片眼手術の場合には不等像視が生じ像が二重に見えるので、高齢者には適さない。コンタクトレンズは取り扱いや入れ外しの

手間の点で手術後の全ての高齢者に適用できるというのではない。その点、人工水晶体はもともと水晶体のあった位置にレンズを埋め込む方法をとっており、コンタクトレンズのように手間がかかるわけではないので、高齢者向きである。ただし、長期間入れておく場合の副作用や合併症の問題が完全に解決できているわけではなく、原則として65歳以上の人に入れるべきであるという考え方が主流である。

白内障の手術は視力回復のための有効な手段であるが、現実には、手術による経済的負担や家族の時間的負担が大きいこと、また手術に対する不安が大きく手術することで失明するのではないかといった誤解が老人の中にあることなどの理由から手術に踏み切れない場合がある。

糖尿病は内科的管理と本人の食事管理が十分になされていれば失明には至らない。しかし、生涯にわたる自己管理と視力低下や合併症に対する恐怖心から障害の受容を十分にできず、自分自身を管理できなくなり、失明に至るケースが多い。したがって糖尿病では、日常生活の上での管理や通院に際しての家族の協力が不可欠となる。

3 盲老人ホームにおける生活援助

a 盲老人ホーム入所者の実態

盲老人ホームの入所対象者は、原則として65歳以上であり、全盲および弱視等の視覚障害を有する者である。ここでは1983年に実施された第四回全国盲老人ホーム在所要者実態調査の結果を紹介する。

まず、特別養護盲老人ホーム利用者と養護盲老人ホーム利用者では、その特性がかなり異なっていることが挙げられる。特別養護盲老人ホームでは利用者の高齢化（80歳以上の者が多い）、病弱化、障害の重複化が顕著であるが、養護盲老人ホームでは65歳未満の者が多く、健康状態も良好である場合がほとんどである。このことから、長嶋（1986）は養護盲老人ホームにおいては年齢や障害の程度、残存能力などに応じて、日常生活能力を増大させるための生活訓練など、より専門的で開発的な個別処遇援助をサービスの中心設定し、一方、特別養護盲老人ホームにおいては病弱高齢者が生活するための環境条件の整備と食事・排泄・

入浴介助など人間的接触を基本に据えた基本的な生活援助をサービスの中心に設定することを提言している。

また、養護盲老人ホームの入所者のうち約20%が、さらに特別養護盲老人ホームの入所者のうち約30%が弱視者か正眼者である。ホームにおける全盲者と視力のある者の間のトラブルも珍しいことではない。本間（1986）は、弱視者の全盲者に対する無理解やお節介、全盲者の弱視者に対する引け目や猜疑心が背景となってトラブルが生じていることを示唆している。各ホームではこの点についても大きな指導努力が払われているのが現状である。

次に入所理由についてであるが、どちらのホームとも「単身での生活が困難」「施設での生活を希望」とした者が多い。視覚障害の影響が大きいたうかがわれる。

b 処遇の方針

視覚障害を負う高齢者の社会的な能力の開発や残存能力の保持に努め、できるだけ家庭に近い生活が営めるように配慮しながら、入所者が生きがいのある楽しい生活を送れるように盲老人ホームではそれぞれ処遇方針を決めている。ここでは、東京都にある養護盲老人ホーム聖明園曙荘（施設長 本間昭雄）の処遇方針を紹介する。

老人福祉法の基本的理念と聖明福祉協会の目標である「明るく楽しい豊かな老後」を実現するために、高齢期失明老人の特性を十分配慮した上で、在園者個々に次のことを基本援助方針として実施にあたる。

1. 視覚喪失によって失ったものにこだわることなく残存感覚機能を活用した日常生活諸動作の自立を目指す。
2. 在園者一人ひとりの人権とプライバシーおよび人格を十分に尊重して処遇にあたる一方、失明による第三者への依存心をなくす。
3. 視覚障害からくる孤独感の防止や運動不足等の解消のため積極的なレクリエーションの機会と場を設けていく。また、在園者自らの自主的なクラブ活動やリハビリとしての手工芸作品作りの育成に努めることにより、生き生きとして生きがいのある生活の場づくりに取

り組む。

4. クラブ活動や行事を通して、積極的な地域社会への参加を図り、もって地域社会の一員としての自覚を養う。
5. 視覚障害のために非衛生的になりがちな衣・食・住に対して、自主的に清潔を保持できるように助言・援助する。
6. 加齢と視覚障害による施設内外での在園者の不慮の事故を防止するために常日頃から設備や器具等の安全使用対策に心がける。
7. 視覚障害だけでなく、聴覚障害をも合わせもつ重複障害者には情報の伝達やニーズの傾聴等の個別処遇に心がける。
8. 家族交流の機会を多く持っていく。

c 生活援助、指導の具体的内容

処遇方針を基にして、各ホームにおいて具体的な援助内容、指導内容を決定することになる。日課および週課を明確化し、それに従ってリズムあ

る生活を進めることが基本であるが、常に個々人の状況を把握しながらその場に応じた対応ができるように配慮する必要がある。表2に養護盲老人ホームの日課の一例を示した。日課のうち多くの時間がクラブ活動に当てられている。また多くのホームでは、日課として体操、散歩、朝の放送などがある。

(1) 体 操

全てのホームで実施されている。ラジオ体操、竹踏み体操、民謡体操、リズム体操、バトン体操などさまざまな種類がある。

(2) 散步

運動量の少なくなりがちな視覚障害者にとって、散歩は重要な日課である。散歩自体が移動の訓練にもなり、また散歩の途中でいろいろなものを触察することによって感覚の訓練にもなる。季節を感じながらホームの仲間とさまざまな話ができる散歩は入所者の大きな楽しみである。

表2 養護盲老人ホームの日課の一例

時	間	日	課	の	内	容
6時00分～	7時00分					起床、洗面、清掃
7時00分～	7時30分					朝食
7時30分～	8時00分					食後休憩
8時00分～	7時30分					清掃（食堂）
8時30分～	8時40分					長寿体操
8時40分～	9時15分					整理・整頓
9時15分～	11時30分					散歩、クラブ活動
11時30分～	12時15分					昼食
12時15分～	1時00分					食後休憩
1時00分～	2時00分					<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> 入浴 { 7月・8月 (月・水・金) 4月～6月 } (火・金) 9月～3月 } </div> <div> 買物(木) おやつ(金) </div> </div>
2時00分～	3時00分					
3時00分～	3時10分					長寿体操
3時10分～	4時30分					散歩、クラブ活動
4時30分～	5時00分					移動・休憩
5時00分	(11月～3月)					夕食
5時30分	(4月～10月)					
5時30分～	6時30分					食後休憩
6時30分～	9時00分					自由時間（テレビ、クラブ活動）
9時00分						消燈

(3)入 浴

見えないために不慮の事故が起きないように十分に配慮する必要がある。多くのホームでは週2～3回程度の入浴回数があるが、最近では、ソーラーシステムの導入や温泉の引き込みなどによって、入浴回数を増やす工夫がなされている。

(4)食 事

盲老人ホームでの食事は、食べやすいことが第一である。入所者は周囲の人に不快感を与えないような食事のマナーが要求される。そのために、ていねいな献立説明が必要であり、また食事動作の指導が行われる。

(5)クラブ活動

クラブ活動は視覚障害者の持つ閉鎖性を開放し、健康を増進させ、親しい仲間を作り、生きがいを持つという意味において、盲老人ホームでは欠かすことのできない中心的な活動である。活動の内容は多岐にわたっており、具体的にはカラオケ、詩吟、点字、裁縫、俳句、短歌、茶道、料理、陶芸、旅行、華道、コーラス、民謡、レコード鑑賞、園芸、読書（点字だけでなくカセットテープの利用を含む）、書道、ゲートボール、卓球、ダンス、ボランティア活動、囲碁、将棋などがある。

4 生涯教育活動への参加

デイ・ホームとしての福祉センターなどのサービスのほかに、社会教育機関、障害者団体、社会福祉施設、特殊教育諸学校、民間のカルチャーセンターなどが主催する障害者向けの講座や活動があり、多くの視覚障害高齢者が参加している。

例えば、東京都では平成2年度に、36回の障害者地域交流集会を都立の盲・聾・養護学校を会場として開催し、約3万人の参加者を得ている。視覚障害関係では葛飾盲学校、八王子盲学校が会場となっている。また、視覚障害者向けの社会教養講座として、合唱教室（12回）、Aコース（「日本点字100年の歩み」「海外の旅と折り紙」など6回）、Bコース（「初めての人にもできる料理」「ストレッチ体操にあなたもトライ」など6回）の3講座が実施されており、視覚障害高齢者の参加が目立っている。

視覚障害高齢者の学習権確保の場としても、このような講座や活動は今後いっそう充実されるべ

きであり、それが在宅している視覚障害高齢者を社会参加させる窓口を広げることに通じることになる。新しい人に出会い、新しいことを学び、毎日にある程度の緊張感を持って過ごすことは、単に痴呆化対策という意味を持つだけでない。視覚障害高齢者の世界を広げ、生きがいを持たせるために強く推進していかななくてはならない点である。

参考文献

- 1) 赤松恒彦(1986) 視覚障害に対する理解 本間昭雄(編者) 盲老人の豊かな生活を求めて 一援助の手引き一, 全国盲老人福祉施設連絡協議会, 26-36.
- 2) 本間昭雄(1985) 盲老人の豊かな老後 一その歴史と現状および課題一, 視覚障害, 79, 5-10.
- 3) 本間昭雄(編者)(1986) 盲老人の豊かな生活を求めて 一援助の手引き一, 全国盲老人福祉施設連絡協議会
- 4) 布施直春(1988) 障害者の生涯生活設計概説, 文化書房博文社
- 5) 河内清彦(1990) 学生および教師の視覚障害者観, 文化書房博文社
- 6) 厚生省社会局更生課(1990) 体の不自由な人々の福祉, テクノエイド協会
- 7) 倉田康路(1990) 盲老人福祉を考える 一老人福祉施設における盲老人ホームの位置付けの検討一, 全国盲老人福祉施設連絡協議会
- 8) 牧里海治(1991) 老人福祉法等八法改正と生涯学習 一地域福祉計画と住民主体形成一, 月刊社会教育, 417, 52-60.
- 9) 長嶋紀一(1986) 盲老人ホームにおける処遇 課題 本間昭雄(編者) 盲老人の豊かな生活を求めて 一援助の手引き一, 全国盲老人福祉施設連絡協議会, 3-24.
- 10) 鈴木文子(1989) 視覚障害者の在宅指導, 日本盲人福祉研究会
- 11) 竹内恒之(1989) 在宅盲老人の今日と明日, 視覚障害, 103, 1-22.
- 12) 徳田克己(1990) 視覚障害児・者に対する一般の人の態度を改善するための技法とその評価, 視覚障害心理・教育研究, 7(1・2), 5-21.

- 13) 徳田克己・佐藤泰正(1991) 読書能力に対する加齢の影響に関する研究Ⅰ ―読速度および視覚的認知機能に対する加齢の影響―, 日本読書学会第35回研究大会発表資料集, 69-74.
- 14) 東京都福祉局総務部調査課(1990) 東京の社会福祉, 東京都福祉局
- 15) 東京都教育庁生涯学習部社会教育課(1991) 心身障害者の社会教育 ―平成2年度事業報告書―, 東京都教育庁生涯学習部社会教育課